PLNÁ MOC K LÉKAŘSKÉMU OŠETŘENÍ ČI HOSPITALIZACI DÍTĚTE V NEMOCNICI

Jméno a příjmení nezl. dítěte: ……..……RČ: ……..

Bydliště : ……

Já, níže podepsaný(á) rodič (zákonný zástupce):

Jméno a příjmení: ……..nar: ……..……..

Bydliště (liší-li se od bydliště dítěte).…….....

zmocňuji paní – hlavní vedoucí Aktivně sportovního příměstského tábora pro děti 2016, konaného ve dnech 8.-12.8.2016 v místě Squash Sport, Čimická 780/61, 18100, Praha 8

Jméno a příjmení: Magdaléna Janečková, nar.: 20.4.1986 v Praze, trvale bytem: Ouholická 438/5, 18100 Praha 8

k mému zastupování v rozsahu všech práv a povinností v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb shora uvedenému nezl. dítěti dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (dále jen zákon), zejména aby obdržel(a) informace o zdravotním stavu shora uvedeného nezl. dítěte a o navržených zdravotních službách dle ust. § 31 zákona a na jejich základě udělil(a) v souladu s ust. § 34 zákona písemný informovaný souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, které mohou být dle ust. § 35 odst. 2 bodu 1. zákona poskytnuty se souhlasem obou rodičů.

Tato plná moc platí od 8.-12.8.2016 – po dobu trvání Aktivně sportovního příměstského tábora pro děti 2016 v Praze 8, Čimicích.

V ……..…….dne :…….

Podpis: . ……